IZPP Φ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK
Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten
Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil
ISSN: 1869-6880

Menschliche Energie. Zum Verhältnis der Konzepte „Gesundheit", „gesellschaftlicher Raum" und „Körperschema" im Anschluss an Merleau-Pontys Gestalttheorie

David Fopp

Zusammenfassung
In Merleau-Pontys Texten findet sich eine Unterscheidung, die auch für die Tradition der Gestalttheorie und -psychologie entscheidend ist: wir können je nach äußeren und persönlichen Umständen den Kontakt zur Welt, den Anderen und uns selbst verlieren – oder herstellen. Dieser Kontakt wird von ihm nicht nur sozial, sondern genauso „körperlich" gedacht, als eine Art der Ausfüllung des Körperschemas, wie er es nennt. Diese Arbeit geht der Frage nach, was diese Dimension des In-Kontakt-seins oder Neben-sich-stehens für eine Bedeutung hat für unsere Konzeptualisierung des Gesundheitsbegriffs; aber auch für unser praktisches Einrichten der Gesundheits-relevanten gemeinsamen Räume. Dazu wird der Begriff der Energie eingeführt, medizinhistorisch reflektiert und für einen spezifischen Bereich zwischenmenschlicher Interaktionen spezifiziert; dies geschieht durch die Analyse theaterpädagogischer Grundübungen. An ihnen soll deutlich werden, inwiefern die Stärkung des Körperschemas durch ein kooperatives kreatives Zusammenspiel oder „Abstimmungsverhalten" (Daniel Stern) weitreichende Konsequenzen hat für ein mögliches Verständnis des Gesundheitswesens. Dieses sollte sich demnach an etwas ausrichten, was hier „Gut/Schlecht-gehen" genannt und gegenüber den Begriffen der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Krankheit abgehoben wird. In ihm sind körperliche und soziale Aspekte notwendig verschränkt.

Schlüsselwörter
Gesundheit, Wohlbefinden, philosophische Anthropologie, Energie, Theaterpädagogik, Gestalttheorie

Abstract
Humane energy – about the relation between the concepts of „health", „Körperschema/connectedness" and „social spaces" from the perspective of Merleau-Pontys Gestalttheory. This text contains a philosophical approach to the central topics of public health. It puts the question into focus how the concept of health can be understood, not by framing it in contrast to the concept of disease, but to well-being. This is understood not as an individual feeling, but as an intersubjective form of human energy, as „connectedness". To gain a better understanding of this concept (of human energy), a paradigmatic exercise in drama education is being analysed. The theoretical framework of this text is based on the tradition of the Gestalttheory, especially in the form in which the French philosopher Merleau-Ponty transformed it in his writings. The text concludes by pointing out some major implications for the practices of public health and its politics. A new approach is sketched how to frame the politics of the health sector, when we really understand that the biggest threat to health worldwide no longer comes from „internal" diseases like viruses but from the way how we design our forms of intersubjective interactions, of being, moving and working together. The goal is to allow a specific form of human energy to take place in all these interactions.

Keywords
Health, well-being, philosophical anthropology, energy, drama education, Gestalttheory

1 Einleitung

Man kann wohl behaupten, das Konzept des „Well-beings“, des Wohlbefindens, habe sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Politik eine Art von Hochkonjunktur; etwa als ein zum Brutto-Nationalprodukt alternativer Maßstab für die Evaluierung des Reichtums ganzer Gesellschaften (dazu Löfquist 2010). Die WHO, also die Gesundheitsorganisation der UNO, hat schon im Jahr 1948 „Gesundheit“ als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ bestimmt.[1]

Im Folgenden soll ein zu diesem Konzept des Wohlergehens alternatives Konzept des Gut-gehens und damit der menschlichen Energie entwickelt und ein kritischer Blick auf das Gesundheitswesen gerichtet werden. Dabei läuft, wer über „Energie“ nachdenkt, in Bezug auf den Menschen zumindest, Gefahr, sich zu den berühmten Quacksalbern zu gesellen, die die Medizingeschichte von Anfang an begleiten, vor allem aber in den letzten zweihundert Jahren seit der Entdeckung von Elektrizität und Magnetismus. Das rein geschäftsmäßige betrügerische Interesse dieser Wunderdoktoren, die etwa der Bevölkerung der beginnenden Moderne elektrische Gürtel angedreht haben (Johannisson 2013, S. 169), hat dann auch die Forschung verunglimpft, die allgemein auf energetische Modelle ausgerichtet war und ist; selbst wenn sie so alltägliche Phänomene wie das Gut-gehen von Patienten betreffen – gleich mehr dazu.

In diesem Text möchte ich behaupten, dass es wichtig ist, die Begriffe „Gut-gehen“, „Wohlbefinden“ und „Gesundheit“ auseinanderzuhalten, vor allem weil sie sich unterschiedlich zum Begriff der Krankheit verhalten. Dabei kommt es mir aber nicht nur auf die Differenzierung von Wohlbefinden als rein subjektiv festgestelltes Sich-Anfühlen und des Gut/Schlecht-gehens an, das sowohl von Innen als auch von Außen kritisch gegen Selbstbeschreibungen behauptet werden kann. Im Folgenden steht auch die Gegenüberstellung von Gut-gehen/Wohlbefinden einerseits und Krankheit/Erkrankung andererseits im Mittelpunkt und damit eine Reinterpretation des Ansatzes der Gesundheitsdefinition der WHO. Könnte man etwa so das Ziel der gesamten Medizin formulieren: dass es einem wieder gut geht nach einer Erkrankung? Wie verhalten sich überhaupt die Begriffe „Gut-gehen“, „Gesundheit“ und „Krankheit“ zueinander?

Zu fragen: „was brauchen wir, damit es uns allen gut geht“, statt nur: „wie können wir die Krankheit A bekämpfen, um gesund zu werden“, bedeutet nach der folgenden Argumentation eine radikale Perspektivenverschiebung in unserem Denken in Bezug auf Gesundheit und letztlich auch in Bezug auf das politische Denken – sowie in Bezug auf die sozialen Räume und die dazugehörigen Praktiken, die dabei helfen, dass es einem gut geht.

2 „Gut-gehen“ versus „Gesund-sein“

Obwohl die Frage, wie es einem geht, an verschiedenen Orten unserer Besuche im Gesundheitswesen auftauchen kann, liegt doch der Schwerpunkt des zeitgenössischen medizinischen Diskurses auf anderen Aspekten der Situation. Diese ist rund um die Krankheit und ihre Diagnose organisiert (Svenaeus 2013, S. 28ff.), nicht um das Empfinden von sich als krank oder gesund. Die medizinischen Begegnungen kreisen nach diesem Modell

1. um das Diagnostizieren einer Krankheit durch eine Anamnese und das „lesende“ Interpretieren von Symptomen;
2. das Verbinden dieser Diagnose mit einer spezifischen lokalen Ursache der Erkrankung mit dem Ziel,

3. diese Krankheit als Diagnose A, B, C zu verstehen, um sie oft mit technologischer Behandlung oder chemischen Medikamenten zu bekämpfen.

Dies versetzt die kulturell und ideologisch „geframte“[2] Diagnose in die Mitte sowohl des medizinischen Diskurses (Rosenberg 1989), als auch einerseits der tatsächlichen Begegnung zwischen Patient und den Praktiker_innen der Gesundheitsberufe, insbesondere des Arztes oder der Ärztin; sowie andererseits des wissenschaftlichen Diskurses (etwa in Schramme 2012). Dieses Krankheits-/Diagnosemodell soll außerdem gleichermaßen für psychische wie für körperliche Krankheiten gelten[3].

Wie es einem geht und wie man sich fühlt, spielt in diesem Rahmen eine untergeordnete Rolle[4]. Dies ist alles andere als selbstverständlich, ja sogar problematisch, wenn denn stimmt, was ich hier behaupten möchte: eben dass das Gut-Gehen vom Phänomen der Gesundheit und der Krankheit verschieden ist, aber für deren Verständnis und die medizinischen Praktiken zentral.

Bei dieser Perspektivenverschiebung weg vom Krankheitsbegriff hin zum Konzept des Gut/Schlecht-gehens geht es nicht etwa nur um das bereits in der WHO-Definition angesprochene Phänomen, dass Gesundsein mehr ist als die bloße Abwesenheit von Krankheit.

Vielmehr soll hier der Vermutung nachgegangen werden, dass man das Phänomen der Gesundheit nicht ohne einen Blick auf eine noch tiefer liegende Dimension verstehen kann. Dies wird später zur These führen, dass Krankheiten oft als Störungen der menschlichen Energie aufgefasst werden können, als internalisierte Blockierungen von Beziehungsmustern.

Mein Vorschlag besteht daher darin, „Sich-gut-fühlen“ und „Gesund/Kranksein“ in einer Art dialektischer Beziehung zu sehen. Es handelt sich um verschiedene Phänomene, die sich gegenseitig beeinflussen:[5]

a. Ist es nicht möglich, krank zu sein und sich trotzdem gut fühlen? Und zwar nicht nur in dem Sinn, dass es einem gut tut, für eine Weile im Bett zu liegen und sich verwöhnen zu lassen anstatt zur Arbeit oder zur Schule zu gehen. Das Gut-Gehen, das dasein kann trotz Krankheit, liegt dann zum Beispiel daran, dass man weiß, dass man mit einer neuen Ausbildung beginnen kann; dass man geliebt wird und so weiter, kurz gesagt: wenn die äußeren Umstände Hoffnung für die Zukunft geben und eine relevante Perspektive eröffnen. Die Forschung zur Gesundheitsförderung und Resilienz, also der Widerstandskraft, etwa im Ausgang von der Ottawa-Konvention der WHO von 1986, verweist oft auf die Tatsache, dass solche externen Faktoren, sobald sie verinnerlicht werden (als ein sicheres Wissen und Vertrauen), zur Heilung und Vorbeugung von Krankheiten beitragen können (Antonovsky 2005; Schiffer 2013, S. 31f.).

b. Auch das Gegenteil ist denkbar: dass jemand gesund ist, und trotzdem nicht sagen würde, dass es ihm oder ihr gut geht. Die politische Situation ist vielleicht hoffnungslos. Auch hier handelt es sich um ein dialektisches Verhältnis, so dass das Gesundsein das Gut-gehen fördern kann und vice versa (etwa indem die Möglichkeit zur politischen Mitgestaltung verbessert wird).

Eine Schlussfolgerung dieses Textes wird es sein, dass es manchmal eher angemessen wäre, eine Person zu betrachten als jemand, dem oder der es nicht gut geht statt als Kranke_r. Beide Aspekte können also unterschieden werden, obwohl sie sich gegenseitig beeinflussen.

c. Aber kann man in dem Fall nicht einfach das Gut-gehen mit psychischem, geistigem Gesundsein identifizieren? Handelt es sich hier eigentlich nur um den Unterschied zwischen körperlichen und psychischen Krankheiten beziehungsweise physischer und psychischer Gesundheit? Dagegen spricht zum Beispiel folgendes: Menschen können mit Diagnosen einer psychischen Krankheit aussagen, dass sie sich gut fühlen, sobald sie zur Arbeit gehen können. Es geht ihnen dann gut, obwohl sie mit einer psychischen Erkrankung diagnostiziert sind.

d. Aber ist dann nicht etwa das, was hier „Gut-gehen“ genannt wird, das gleiche, was in anderen Kontexten als „Wohlbefinden“, „Glück“ oder „Happiness“ bezeichnet wird? Verschiedene Organisationen und auch Länder haben angefangen, neue Instrumente zu entwickeln, um die „Prosperität“ eines Staates oder einer Gesellschaft zu messen (Löfquist 2010). Diese sollte nicht allein auf das BIP oder den Index für Gesundheit und Lebensdauer der UNO reduziert werden, sondern auch „weiche“ Kriterien der Lebensqualität wie „Glück“ mit einbeziehen. Aber auch in diesem Fall möchte ich behaupten, dass „Unglücklichsein“ und „Gutgehen“ (im spezifischen hier eingeführten Sinn) sich nicht ausschließen – solange das Unglücklichsein integriert werden kann in ein sinnvolles Leben.

3 Der ideologische Hintergrund: Liberalistische „Happiness“ versus „Gut-gehen“

Hier macht sich ein Aspekt bemerkbar, der für die Verschiebung der Perspektive hin zum Gut-gehen wichtig ist. Es handelt sich nämlich meines Erachtens nicht um ein Phänomen, das man einem Individuum als isoliertem zusprechen könnte. Oder um es zuzuspitzen: Sie fühlen sich nicht als isoliertes Individuum gut, sondern als Teil einer Sozialstruktur – und damit handelt es sich im Grunde um eine politische Kategorie. „Wohlbefinden“, „Glück“ oder „Happiness“ hingegen ist von Anfang unserer modernen Zeit an, für die es so zentral ist, als individuelles Phänomen definiert. „The pursuit of happiness“, Grundlage nicht nur für die amerikanische Auffassung von „Staat“ und dessen Verfassung, ist im liberalistischen Geist ein je individuelles Projekt, das gerade vom Staatlichen in Ruhe gelassen werden will – es bildet den Kern des Individuums, das sich durch die Abgrenzung von der Einmischung des Sozialen bildet.

Weit über die politische Weltansicht hinaus bildet dieses Konzept des „pursuit of happiness“ auch den Kern der modernen Ethik in Form des utilitaristischen Blickes auf das größtmögliche Glück der größtmöglichen Menge. Vor allem aber steht es im Zentrum der modernen sogenannten neoklassischen Ökonomie: Ein Wirtschaftsteilnehmer wird vor allem als jemand geschildert, der seine Eigeninteressen verfolgt, die zu seinem individuellen Glück führen (dazu etwa Porter 1999). Diese Entwicklung spiegelt sich auch im expliziten Ziel der „public health“-Politik und der Institutionen des gesamten Gesundheitswesens der jeweiligen historischen Epoche: Zu Beginn der Neuzeit im Merkantilismus ist es ein gesunder Volksstamm (Johannisson 2004), der dann die Schatzkisten der Nation und vor allem des Monarchen füllen soll. Dies ändert sich im Übergang zur aufgeklärten Moderne: Diese kollektivistische Sicht wird zumindest gegen außen durch den Fokus auf die Gesundheit des Einzelnen und von dessen individuellen Lebensplänen und -chancen ersetzt. In dieser Epoche befinden wir uns wohl immer noch; oder sogar noch verstärkt (Porter 1999). Nur folgen mit dieser liberalistischen Sicht auf den „public health“-Bereich gewichtige ideologische und finanzielle Schwierigkeiten, die gleich zum Thema werden; und die mit dem hier präsentierten Ansatz beim „Gut-gehen“ vermieden werden könnten.

4 Was macht das „Gutgehen“ aus?

Doch worin besteht dieses „Gut-gehen“, wenn es verschieden ist vom Sich-gesund/fit-fühlen; vom Psychisch-gesund-sein oder vom Glücklichsein? Formal gesehen möchte ich festhalten, dass es sowohl vom subjektiven Empfinden aus zugänglich ist – als auch durch äußere Beobachtung. Deswegen kann es auch eine kritische Funktion erfüllen (im Sinn der Kritischen Theorie; dazu Rosa 2013, S. 56ff.): „Dir geht es doch gar nicht gut, auch wenn du dies jetzt behauptest...“[6]

Inhaltlich gesehen kann das „Gut-gehen“ mit zwei Aspekten verbunden werden; dies die Grundthese im Folgenden: einmal dem Kontakt zum eigenen Innenleben, dem Empfinden, aber vor allem auch zur Sehnsucht und Phantasie, kurz, dem Kontakt zum eigenen spielerischen Selbst; und zum andern mit dem Kontakt und Austausch mit der Umwelt, die eine sinnhafte Biographie samt sinnvollem Tätig-sein, langfristige Beziehungen und politische Gestaltung möglich machen. Besonders gut geht es uns, so die These hier, wenn diese beiden Aspekte des „connected“-Seins zusammenfallen: Wenn wir im offenen Austausch untereinander, der zu Transformationen und Umgestaltungen führen kann, uns an unsere Hoffnungen und Träume anbinden können (ähnlich auch Fopp 2011, Schiffer 2013, Stern 2005). Die Räume, in denen dies geschieht, sind voll von dem, was hier menschliche Energie genannt wird.

Was es dazu braucht, damit es uns allen gut geht, ist damit letztlich wie angedeutet eine soziale und politische Frage; sie könnte aber auch zur Grundfrage des Gesundheitswesens werden und von denen, die in ihm arbeiten.

5 „Public health“/Gesundheitswesen und „Gut-gehen“: ein Demokratieprojekt

Aber hatten nicht schon immer die Institutionen des Gesundheitswesens einen neugierigen Blick für die Probleme gehabt, die just unsere Umgebungen und Milieus betreffen, also die externen Faktoren für das „Gut-gehen“? Ein natürlicher Bestandteil der gesamten öffentlichen Gesundheitsarbeit ist die Sorge um die Verbesserung unserer wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen sowie die Investition in verbesserte Umwelt- und Arbeitsumgebungen; dies gilt als expliziter politischer Anspruch verstärkt seit den 50-er Jahren für die Lebensräume von Kindern.

Entsprechend gibt es einen eigenen Zweig der öffentlichen Gesundheits- und der public-health-Wissenschaften, die sich Salutogenese und Gesundheitsförderung (Antonovsky 2005; Schiffer 2013) nennt. Gesundheitsförderung ist nicht etwa dasselbe wie Präventivmedizin, obwohl einige Aspekte der Gesundheitsförderung vorbeugende oder heilende Wirkung haben wie zum Beispiel der Fokus auf physische Aktivität. Antonovsky (2005) unterscheidet drei Aspekte, die die Gesundheit von uns Menschen stärken oder schützen: die Situationen, in denen wir uns befinden, sollten verständlich (1), sinnvoll (2) und handhabbar (3) sein. Schiffer (2013, S. 47f.) zeigt, wie Held_innen von Jugendbüchern (wie Pippi oder Huckleberry) oft scheinbar unangenehme oder bedrohliche Situationen, die unverständlich, belanglos oder überwältigend sind, für die Kinder in eben solche verständlich relevanten Räume verwandeln, in denen sie die Situation verändern können.

Aber für das Phänomen des „Gut-gehens“ ist noch eine weitere Dimension relevant. Sie geht über die Milieu/Umweltperspektive sowie das präventive und salutogenetische Denken hinaus – obwohl diese Aspekte eine große Rolle dabei spielen, dass man sich wohl fühlt. Die beiden oben genannten Dimensionen des Gut-gehens, also der interne und externe „Kontakt“ zur Phantasie und zu einem wertvollen Kontext, können nämlich nur

in bestimmten sozialen Räumen auftreten (dazu Johnstone 2012 und Fopp 2015). Diese zeichnen sich dadurch aus, dass man sich in ihnen aufeinander verlassen kann und ein Wille vorhanden ist, miteinander zu kooperieren und zusammen den Bedürfnisse aller zu entsprechen; dass man einander wirklich zuhört und jede_r die eigene einzigartige Stimme in der Interaktion mit anderen entwickeln kann. So entfaltet sich das, was eben als „menschliche Energie“ bezeichnet werden kann; eine Atmosphäre oder ein Geist des Miteinander-umgehens und Füreinander-einstehens.

Hier geht es also darum, dieses Phänomen solcher menschlicher Räume ins Zentrum auch des medizinischen Diskurses und der Praktiken des Gesundheitswesens zu bringen. Dabei finden sich Vorlagen nicht nur in nicht-europäischen medizinischen Traditionen, sondern auch in der Ideengeschichte, etwa bei den Gestalttheoretikern und der modernen Phänomenologie (dazu Fopp 2015). Aber bevor ich mich dem Energiephänomen und dieser Tradition nähern möchte, soll hier ein anderer Aspekt dieser Perspektivenverschiebung herausgestellt werden. Zum ersten Mal in der Geschichte der Medizin und des Gesundheitswesens wird in dieser Tradition die Förderung der Demokratie zum Maßstab für alle Interventionen und Aktivitäten, nach der sich Behörden und Institutionen in ihrer täglichen Arbeit ausrichten sollen; die eben geschilderten Räume, in denen es uns gut geht, sind wie gleich entfaltet werden soll, in sich demokratisch strukturiert. (Wie seltsam, dass die Demokratie als Maßstab kaum in der Geschichte des „public health“ und deren Geschichtsschreibung vorkommt; dazu Johannisson 2013, S. 44–72.) Der Reichtum von Nation und Monarchen; die individuelle Würde; das Glück der größtmöglichen Zahl und das Wohlbefinden tauchen als solche Kandidaten auf, an denen sich die Medizin und das Gesundheitswesen ausrichtet, aber eigentlich nie das, was im Zentrum des politischen Denkens moderner Staaten stehen sollte: Demokratisierung.

Doch inwiefern zielt dieser Ansatz hier auf ein tieferes Verständnis von Demokratie? Von Anfang an (bei Aristoteles) hat der Demokratie-Diskurs des Abendlandes zwei komplementäre Seiten hervorgehoben (Agamben 2012): Demokratie zielt einmal formal auf das Recht aller, über das eigene und gemeinsame Leben mitzubestimmen – wobei immer umstritten war und ist, wer „alle“ sind und wie dieser Prozess der politischen Mitbestimmung, Wahl und Teilnahme genau ausgestaltet werden soll. Auf der anderen Seite sollte aber auch zu diesem demokratischen Projekt gehören, dass die Bürger_innen inhaltlich bestimmt als mündige, das heißt mit Blick auf das Wohl aller und in Besitz eines reflektierten Willens und einer eigenen Stimme agieren. Es ist dieser zweite Aspekt, der direkt an die hier vorgeschlagene Konzeption des Gesundheitswesens anknüpft: Zum oben skizzierten „Gutgehen“ gehört es eben dazu, dass im kooperativen Austausch mit den Anderen jeder und jede seine Stimme bilden und sich an sein Selbst, sein Innenleben, Bedürfnisse, Träume und Sehnsüchte anbinden kann – mit Blick auf ein gemeinsames wertvolles Projekt, das jedem ein materielles, psychisches und soziales Gut-gehen ermöglicht. Dieser Prozess des Austausches im Geist von Freiheit, Gleichheit und Menschlichkeit bildet dann eben sowohl die Basis für das, was Gesundheit ausmacht und fördert, als auch für das, was Demokratie sein könnte, die mehr ist als ein formales Abstimmungsverfahren.[7]

6 Zwei Kräfte diesseits der menschlichen Energie: Äußerlich agierende moderne Medizin und inneres Empfinden der Körpertherapien

Doch was geschieht in diesem doppelten Kontakt-Herstellen, also zum eigenen Innenleben und zu den Andern, durch welches eben eine Form menschlicher Energie geweckt – oder besser gesagt nicht gebremst werden soll?

Annahmen und Theorien bezüglich „Energie“ (und dem Zusammenspiel von Körper und Seele) mit dem politischen Diskurs zu vermischen, wirkt schnell verdächtig. Diese Skepsis gegen anthropologische oder naturphilosophische Annahmen war eine Konsequenz des Liberalismus, der mit der Aufklärung um 1780 aufgekommen ist und sich zu Recht gegen starke theologische und philosophische angeblich in Stein gemeißelte Ideologien und Dogmen gewendet hat. Jeder sollte sich von jetzt an, dies die extreme Schlussfolgerung, sein Menschen- und Weltbild selbst zurechtlegen können.

Dagegen möchte ich hier behaupten dass es gerade Kenntnisse braucht, praktische und theoretische, in Bezug auf unsere psychosozialen Interaktionen, um zu verstehen, was nötig ist, um eine Gesellschaft aufzubauen, in der es uns gut gehen kann. Dies wird besonders deutlich, wenn man sich dem Gesundheitswesen selbst zuwendet. Wie angedeutet steht auch und vor allem im medizinischen Sektor die Rede über das eigene Empfinden und Nachspüren (sowie den Energiebegriff) nicht im Mittelpunkt; auch wenn die Psychosomatik mehr und mehr an Terrain gewinnt. Der Heilungsprozess, der als solcher ebenfalls (zumindest begrifflich) kaum beachtet wird, dreht sich wie oben mit Svenaeus und Rosenberg angedeutet stattdessen um die Krankheit, deren Diagnose und Behandlung – natürlich mit enormen Fortschritten in den letzten hundert Jahren.

Aber es gibt auch kritische Stimmen: Alan Fogel (2013) hat in seinem Buch „Selbstwahrnehmung/Body sense“ gezeigt, wie verödend eine Medizin sein kann, die vom Empfinden und Gut-gehen der Patienten und des Personals absieht. Operationen, als Eingriffe in den Integritätsraum eines Menschen, können auf eine ganze Biographie hin gesehen trotz scheinbarem funktionalen Erfolg verheerende psychische, aber auch physische Effekte haben – wenn man nicht vorher und nachher die Gefühle, Körperempfindungen und Ängste beachtet und artikuliert, die mit ihnen verbunden sind. Die meisten körpertherapeutischen Methoden bauen gerade auf der Einsicht auf, dass es für eine Heilung mit Krankheitsbekämpfung nicht getan ist, sondern dass es Prozesse braucht, bei denen das Nachspüren, wie es einem geht, zentral ist. Dies hängt zusammen mit der Art, wie wir uns verkrampfen können mit daraus resultierenden Muskelanspannungen, die sich für ein Leben lang verfestigen und das gesamte Funktionieren unseres Organismus behindern können.[8]

Es ist möglich, dass zum Beispiel der Schmerz im Knie eines Patienten oder einer Patientin eine Geschichte erzählen will, die mit der Biographie, dem ganzen körperlichen, aber auch psychosozialen Leben verbunden ist und eigentlich, bei genauerem Hinsehen, genauso in der Hüfte und der Schulter verortet ist, weil solche Verkrampfungen den Muskelapparat (oder besser gesagt: den Menschen) als ganzen betreffen. Die traditionelle medizinische Ausrichtung auf isolierte lokale Probleme trifft hier nach Fogel (2013, S. 94ff.) auf eine wichtige Grenze.

Aber die Dimension, die ich hier herausarbeiten möchte, geht auch noch über die eben skizzierte Einsicht hinaus, was das Gewicht und die Relevanz von subjektiven Empfindungen und Erfahrungen und deren Artikulation im Gesundheitswesen anbelangt. Folgendes kann nämlich als eindimensional und deswegen problematisch an der körpertherapeutischen Ausrichtung am „inneren“ Empfinden festgehalten werden. Die Patienten sollen (was an sich nicht problematisch ist) zu ihren abgekoppelten Gefühlen in Kontakt kommen durch eine bewusste Wahrnehmung davon, wie sie spüren und wie sich ihr Körper anfühlt; schwierig wird es, wenn diese Arbeit als rein „innerliche“ beschrieben wird. In Fogels Buch spiegelt sich diese Tendenz deutlich durch die es prägenden drei Mechanismen, die er als die zentralen in allen Heilungsprozessen ansieht und welche die drei Zugänge zu unserem inneren Leben bilden: die Bereiche der Interozeption (das Nach-Innen-Nachspüren), Kinästhesie (die Bewegungswahrnehmung) und Emotion. Fogel zeigt im Detail auf, wie diese drei Dimensionen

auf drei voneinander verschiedenen neurologischen Systemen beruhen, auch wenn sie sich in einem ständigen Zusammenspiel befinden. So weist jedes Schmerzempfinden Anteile auf an Interozeption, also wie es sich anfühlt, scharf oder diffus; von Kinästhesie, also wo der Schmerz sich befindet und wie er sich verbreitet; und von emotionellem Empfinden (Fogel 2013, S. 150f.).

Die Aufgabe des Therapeuten oder der Therapeutin besteht dann darin, die heilenden Ressourcen und Kräfte der Patient_innen freizusetzen, indem diese näher an die eben genannten drei Dimensionen des Bewusstwerdens herangeführt werden durch Körperbewegungen, Berührungen oder das Aufmerksam-machen auf die Atmung. Dies bewirkt, dass Verspannung sich lösen und das, was der Körper und die Seele empfinden, zur Sprache kommen kann. Erfahrungen und Konflikte aus der Vergangenheit, die tief in der Muskulatur sitzen, können Gehör finden und verschwinden.

So plausibel Fogels Manifest für die Relevanz dieses inneren Aufmerksam-werdens ist, so problematisch ist die Gegenüberstellung von innerer Empfindung und äußerer Wahrnehmung, die dabei latent am Werk ist. Diese äußere Wahrnehmung wird von ihm dann mit dem sprachlichen Reflektieren und der klassischen eingreifenden Medizin (negativ) assoziiert. Aber es ist schwierig zu sehen, wie diese Gegenüberstellung theoretisch aufrechterhalten werden soll: Schon in seinen eigenen Beschreibungen des körpertherapeutischen Prozesses geht Fogel im Detail auf die Beziehung zwischen Therapeut_in und Patient_in ein, auf die Art von Berührungen, auf die Weise wie eine persönliche Bindung zustande kommt und so weiter, also im Grund auf Interaktionen, die äußere Wahrnehmungen voraussetzen und nicht nur als Empfinden zu beschreiben sind – auch wenn es wichtig ist, selbst diese Interaktionen noch einmal auf ihre Empfindungsseite hin genauer anzuschauen. Aber so kommt mit dem hier eingeführten Sprachgebrauch nur in den Blick, wie man sich fühlt, nicht wie es einem wirklich geht.

7 Die Energie des Menschen – menschliche Energie

Mein Verdacht ist, dass beide Herangehensweisen, die gegen Innen gewandte körpertherapeutische und die äußerlich eingreifende medizinische, nicht an das heranreichen, was ich als die genuine Energie des Menschen bezeichnet habe. Diese entsteht nämlich vor allem in bestimmten Formen von körperlichen Interaktionen, im spielerischen Aufeinander-Eingehen, das einen sozialen Raum eröffnet, in dem inneres Empfinden und äußere Realität in besonderer Weise, fast „magisch“, miteinander verwoben sind.[9]

Damit dürfte auch klar geworden sein, dass hier nicht das im Blick ist, was die Humanbiologie „Energie“ nennt, nämlich den Stoffwechselprozess, durch den die aufgenommene Nahrung zusammen mit dem eingeatmeten Sauerstoff chemisch reagiert (oxidiert), so dass eben Energie frei wird, die in unsere Muskelkontraktion investiert werden kann. Bei dieser Energiegewinnung arbeiten Atmung, Blutkreislauf und Verdauungssystem zusammen. Wie gleich deutlich wird, stimuliert hingegen das, was hier menschliche Energie genannt wird, diesen Prozess, weil durch sie die Atmung tiefer und die Durchblutung besser wird.

Anders gesagt: Damit es uns allen gut gehen kann und wir damit eher gesund bleiben (Resilienz) oder werden können (Heilung), sollten wir diese Dimension menschlicher Energie aktivieren. Dieser Prozess geht über den Fokus auf das innere Bewusstwerden oder äußere (chemische oder technische) Behandlungen und physische Aktivitäten weit hinaus. Leider – und wie hoffentlich bald deutlich wird: verständlicherweise – hat diese Dimension aber keinen klaren gegebenen Platz weder in der Welt des akademischen oder alltäglichen

Diskurses, noch in der medizinischen Welt selbst. Sie landet außerdem zwischen den Stühlen, was die dominierende Aufteilung des Gesundheitswesens in Prävention, Behandlung, medizinische Versorgung und Rehabilitation anbelangt. Und zusätzlich spielt diese Dimension hinein in alle zeitlichen Etappen des medizinischen Prozesses: von der Anamnese über die konkrete Behandlung bis hin zu den Nachgesprächen.

Und dennoch finden sich auch in der Medizin- und Ideengeschichte immer wieder Versuche, sich dieser Dimension zu nähern: etwa im asiatischen Denken des Qi und entsprechend des altgriechischen Pneuma, im ganzheitliche Naturdenken bei Goethe oder den Romantikern und in der Moderne etwa in der Forschung der Bioenergetik (Senf 2003).[10] In der klassischen Philosophie ist es vor allem Maurice Merleau-Ponty, der dieser Dimension nachgeforscht hat (dazu Fopp 2015), von seinem ersten Buch an („Die Struktur des Verhaltens“) bis zu seinem letzten („Das Sichtbare und das Unsichtbare“). Dabei stützt er sich in erster Linie auf die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelte Gestalttheorie.

Kritisch betrachtet ist aber all diesen Ansätzen gemeinsam, dass sie bei der Energie des Lebendigen überhaupt ansetzen und den Menschen in der Ordnung dieses Lebendigen verorten – neben der Zelle, den Pflanzen und den Tieren. Die These (symptomatisch etwa in Merleau-Pontys „Struktur des Verhaltens“) ist dann die, dass der Mensch mit einem Fuß mit allen anderen Lebewesen eben diese bioenergetische Dimension teilt, aber darüber hinaus noch über symbolische Kommunikationsmittel verfügt. Wie diese Sprachlichkeit sich zur Leiblichkeit verhält, bleibt dann eher mysteriös.

Gegen diese ganze Tradition möchte ich hier gerade von der genuinen menschlichen Energie ausgehen. Sie kann dann nicht mehr in Analogie zum „Fließen“ der Bioenergie oder in ähnlichen quantitativ physikalisch verstandenen Termen gefasst werden, sondern gehorcht einer eigenen Logik (Fopp 2002/2014). Damit ist aber auch schon angedeutet, dass das „Menschliche“ der menschlichen Energie hier überall nicht deskriptiv, sondern normativ gemeint ist: Es geht hier nicht um alle uns möglichen Energiezustände, sondern um etwas positiv Erfahrenes, Menschliches im starken Sinn des Wortes. Es handelt sich um eine Dimension des Lebens, die wir eben stärker oder schwächer aktivieren oder unterdrücken können.

7.1 Zur Aktivierung dieser energetischen Dimension

Was hier überhaupt mit „Energie“ gemeint ist, wird hoffentlich besser verständlich durch die Beschreibung einer theaterpädagogischen Standardübung. Dies ist bloß ein sehr einfaches Beispiel für einen Prozess, der eigentlich (didaktisch) angeleitet werden sollte. Der soziale Raum, in dem diese Übung abläuft, muss außerdem bewusst als Akzeptanzraum etabliert werden mit all dem praktischen Wissen, das dazu nötig ist (Fopp 2011). Hier soll jedoch nur die psychosoziale Interaktion selbst zur Sprache kommen, nicht die dazugehörende Leitung.

Die Übung verläuft folgendermaßen: Zwei und zwei stehen zusammen.

1. A äußert irgendeine Behauptung (zum Beispiel: „Es ist ganz schön kühl hier“). B ignoriert diese, entweder dadurch, dass B etwas anderes sagt, in die Luft starrt, reinredet oder ähnliches. Dann tauscht man die Rollen.
2. Jetzt wird die Übung abgeändert. A behauptet wieder etwas. B antwortet mit „Ja, aber...“ und setzt den Satz direkt in einer kleinen Improvisation fort. Dann werden die Rollen getauscht.
3. Noch eine kleine Änderung: A behauptet etwas, aber jetzt nimmt B dies auf und sagt: „Ja, und....“ und improvisiert direkt eine Fortsetzung, die dann A wieder aufnimmt mit „Ja, und...“ und so weiter.

Es entwickelt sich – in den meisten Fällen – eine sehr besondere Atmosphäre. Sie wird oft als intensiv und wertvoll erfahren; als gleichzeitig ernsthaft und komisch. Auch wenn es sich nur um ein simples Beispiel handelt, geschieht in der dritten Variante der Übung folgendes: eine Geschichte entwickelt sich; die Energie wird intensiver, aber auch deren Qualität ändert sich hin zu einem positiven spontanen Austausch.

Nach dem englischen Theaterpädagogen Keith Johnstone (2012) liegt dies an drei „Mechanismen“, die alle unsere Interaktionen prägen können: Erstens können wir uns in dieser Miniimprovisation an unsere Impulse anknüpfen, an unsere (auch „verrückte“ oder im Gegenteil „gewöhnliche“) Spontaneität – die soziale Zensur, das Über-ich wird an der Nase herumgeführt. Zweitens kümmern wir uns nicht um den Status-Hickhack, der ansonsten soziale Situationen und unsere Suche nach unserem Platz in der Machtordnung prägen kann; dies blockiert oft massenweise Energie. Dies führt zum dritten Aspekt: In dieser Situation helfen wir einander, kooperieren und sind generös; wir hören wirklich zu mit Leib und Seele und hören auf, einander zu blockieren.[11]

Durch eine solche Übung (wenn sie gut angeleitet ist) ändern wir uns in der ganzen Körperhaltung. Wir entspannen uns, werden aber gleichzeitig alert, wach; die Augen öffnen sich, die Atmung wird tiefer – alles, was die gesundheitsfördernden Ansätze eben als gesundheitsfördernd ansehen. Aber wie gesagt handelt es sich bei der Aktivierung dieser menschlichen Energie nicht einfach um den Effekt eines kleinen präventiven Einsatzes. Sie könnte wie im Folgenden skizziert im Zentrum des medizinischen Wissens und Handelns landen.

7.2 Eine andere Tradition

Etwas im Schatten des Mainstreams kann man eine ganze Tradition von Forscher_innen (wie Daniel Stern, Frederick Alexander, Mary Ainsworth, John Bowlby, Keith Johnstone und Martha Nussbaum) ausmachen, die auf diese Art von energievollem Zusammenspiel als unserem eigentlichen Lebenselement hinweisen. Sie behaupten, dass wir von Geburt an als Kleinkinder bereits Naturbegabungen sind beim Aufsuchen und Gestalten solcher „abgestimmter Interaktionen“ (Daniel Stern); und dass unsere heutige Art zu leben, zu wohnen und zu arbeiten sowie miteinander umzugehen, diese Energie oft gerade blockiert.

Krankheiten, vor allem psychische, aber auch viele psychosomatische oder rein somatische, stellen sich aus dieser Perspektive als Resultat oder Effekt einer Blockierung dessen dar, was wir insgeheim (nach dieser Tradition) alle wollen: kooperative spielerische Interaktionen; und die Artikulation unserer Bedürfnisse nach solchen Begegnungen. Die zugegebenermaßen sehr starke These wäre dann, dass Krankheiten (und sogar viele Unfälle, die aus dem „Fehlgebrauch“ des Bewegungsapparates resultieren) sich oft als internalisierte schiefe Interaktionsmuster verstehen und beschreiben lassen, zu denen wir schon als Kinder gezwungen werden. Oder wie die große Pionierin der Theatertherapie, Sue Jennings (1997), es beschreibt: Psychische Krankheiten sind dadurch gekennzeichnet, dass bei den Patient_innen die Fähigkeit geschwächt ist, spielerisch zwischen Phantasie und Wirklichkeit hin und her zu wechseln. Ganz offenbar wird dies in sogenannten psychotischen Zuständen, aber ähnliches kann eben auch für weniger sichtbare Störungen gelten.

Mit dem französischen Philosophen Maurice Merleau-Ponty (2002) könnte man es so formulieren: die „intentionalen Fäden“, die wir gewöhnlicher Weise als Neugier, Sehnsucht und so weiter ausbreiten, haben ihre Spannung verloren. Das Heilmittel, die Medizin wäre dann: eben eine Dimension (wieder) zu aktivieren, die zurzeit lahmgelegt ist und dadurch den inneren und äußeren Kontakt und Austausch zum eigen Selbst und den Anderen spielerisch herzustellen.

Aber trotz all dieser Forschung und ihren Erkenntnissen ist unsere Zeit oft geprägt durch Milieus, in denen es uns nicht erlaubt ist, dieses energetische Lebenselement aufzusuchen und auszuleben (Fogel 2013, Alexander 2001). Dies gilt vor allem für die Schule und Universität (von der Architektur bis hin zur Stoffvermittlung und dem sozialen Miteinander), aber auch für Arbeitsplätze und die Art, wie wir Städte und Gebäude konzipieren. Außerdem ist es nicht einfach, für dieses Grundbedürfnis zu stehen; oder diesen Anspruch als Theorie zu vertreten. Im Gegenteil ist es sehr leicht, diese Dimension und ihre Blockierung zu verleugnen – und einfach im eingefahrenen Betrieb des Gesundheits- und Bildungswesens mitsamt deren Ideologie mitzumachen.

Überhaupt nur auf die Qualität der Energie aufmerksam zu machen, die unsere Relationen prägen, kann als gefährlich und politisch inkorrekt aufgefasst werden (in einem liberalistischen Sinn, der jeden nicht nur zu seines Glückes Schmied erklärt, sondern auch Interaktionen zu individuellen Handlungen). Aber die hier relevanten Interaktionen sind eben nicht individuelle Aktionen, sondern gemeinsame; und wer diese Dimension der menschlichen Energie verleugnet, wird früher oder später wohl krank.

Aber auch wenn einige Formulierungen hier vielleicht an die Reden der oben genannten Quacksalber vor zweihundert Jahren erinnern, so widerspricht diese „Theorie“ der menschlichen Energie in keiner Weise der modernen akademischen Forschung (ausführlicher dazu: Fopp 2011). Daniel Stern (2000) hat aufgezeigt, was in unserem Gehirn und unserem sensomotorischen System passiert, wenn ein abgestimmtes („attuned“) Zusammenspiel zustande kommt: Die Sinne werden etwa synästhetisch koordiniert. Johnstone (2012) zeigt in seinen Untersuchungen des sozialen Miteinanders auf, wie dabei Status- und Machtmechanismen den Energiefluss blockieren. F.M. Alexander (2001) erklärt, wie wir den Bewegungsapparat des Körpers falsch gebrauchen, wenn wir nicht in zusammenspielenden Umgebungen sind und so Verkrampfungen sich festsetzen. Bowlby und Ainsworth haben erforscht, was genau im Zusammenspiel mit Eltern die Kinder dazu veranlasst, das Bedürfnis nach kooperativen Begegnungen und Zusammenspiel zu verleugnen und sich eine Maske aufzusetzen – nur um ein gewisses Maß an Schutz und Nähe zu gewährleisten; und sich so Bindungs- und Beziehungsmuster einspielen, die lange negativ nachwirken. Martha Nussbaum schließlich analysiert literaturtheoretisch wie Charles Dickens es fertig bringt, uns sogar mit Schurken in solche wirkliche Begegnungen kommen zu lassen. Schiffer (2014) hat ähnliches für die Jugendbuchliteratur gezeigt und daraus Konsequenzen für gesundheitsfördernde Lebensbedingungen gezogen. Diese Liste der Forscher_innen ließe sich erweitern; ihnen allen gemeinsam ist die Überzeugung, dass in uns allen von Kindsbeinen an eine gute, weil Kontakt herstellende Form von Energie bereits vorhanden ist, die nur später eingeschränkt wird; die Forschung soll dazu beitragen, diese sie bremsenden Kräfte sichtbar zu machen.

Trotzdem befindet sich diese Tradition mit ihrer Forschung im Schatten des „hegemonialen“ Zeitgeistes (Johannisson 2013, S. 64ff.); etwa den für gegeben angesehene Praktiken und Diskurse im Bildungs- und Gesundheitswesen. Dieses Missverhältnis zwischen Forschung und Durchschlagskraft für unseren Alltag samt den politischen Strukturen ist vielleicht auch dem Umstand geschuldet, dass das hier angesprochene Wissen nicht leicht zugänglich ist. Es handelt sich überwiegend um „tacit knowledge“, ein Wissen, das im Schnittpunkt von Theorie und Praxis angesiedelt und oft nur durch langjährige praktische Erfahrung wirklich zu erwerben ist. Dabei geht es darum, genauer zu observieren; zu wissen, worauf man achten kann; sich auf das Entdecken von Verspannungen und Statusrelationen zu sensibilisieren. Oft braucht es dazu Arbeit „on the floor“ und begleitet von Erfahreneren – gar nicht so anders wie bei den praktischen Teilen eines Medizinstudiums; das Studium und die Diskussion von Büchern reicht nicht aus. Nur ist diese Beteiligung „mit Leib und Seele“ samt sozialem Zusammenspiel vor allem im universitären Bildungswesen nicht wirklich vorgesehen.

Das hier angesprochene Wissen ist aber mindestens so komplex wie dasjenige der etablierten medizinischen, soziologischen oder philosophischen Disziplinen. Es würde ihnen und den Humanwissenschaften vernünftigerweise zugrunde liegen. Stattdessen ist es ganz unklar, wo überhaupt im universitären System über diese Form von menschlicher Energie gesprochen werden könnte; handelt es sich doch um ein Thema, das sich als grundlegend durch alle künstlich aufgebauten arbeitsteiligen Institute zieht (und sich jenseits der Unterscheidung von Natur- und Geisteswissenschaften befindet). Vor allem gilt dies für die Forschungs- und Unterrichtsmethoden. Entsprechend haben sich viele Held_innen der oben genannten Tradition am Rand oder außerhalb des universitären Bildungswesens aufgehalten.

7.3 Noch einmal: Krankheit, Gesundheit und Gut-Gehen

Mit allen diesen Argumenten im Hinterkopf stellt sich nun die Situation auch in Bezug auf die Ausrichtung der modernen Medizin auf das Konzept der Krankheit anders dar. Man könnte nämlich sagen, dass es angebracht wäre, gewisse Menschen, die sich jetzt als krank ansehen und entsprechend behandelt werden, als gesunde Wesen zu betrachten, denen es einfach nicht gut geht – weil sie in ihrer menschlichen Energie blockiert werden. Und umgekehrt wäre es angebracht, Menschen, die sich als gesund betrachten, als erkrankt zu beschreiben, nicht zuletzt auch als Hilfe für ihr Umfeld. Auch ihnen geht es, jetzt von außen gesehen, nicht gut, nur spüren sie das vielleicht nicht in ihrem „Anästhesierungs“-zustand. Sie stehen neben sich, ohne es zu merken (zum Konzept des Neben-sich-stehens: Fopp 2015).

Aber damit diese doppelte Korrektur an unserer Sichtweise auf Krankheit möglich würde, wäre es nötig, überhaupt die Konzepte von Gut-Gehen, von menschlicher Energie und von Neben-sich-stehen und Bei-sich-sein zu etablieren.

8 Die Kosten des „public health“

Betrachtet man die Staatshaushalte der modernen europäischen Nationen, hat man das Gefühl, dass diese vor allem eins sind: in einem hohen Maß auf Krankheit/Gesundheitskosten fokussiert (um nicht zu sagen: erkrankt).

In Schwedens Budget zum Beispiel[12] gibt es vier Posten mit vergleichbarer Größe: Polizei/Gerichtswesen, Verteidigung/Entwicklungshilfe, Bildung sowie der Gesundheitssektor (Krankenhäuser, Pflege etc.). Von diesen Vieren ist der Gesundheitsposten der größte. Es gibt keine weiteren so massiven Ausgaben im gesamten Haushalt – bis auf einen. Dieser zusätzliche Posten ist etwa doppelt so groß wie die oben genannten vier. Salopp formuliert handelt es sich um das Krankengeld. Das ist verblüffend – der moderne Nationalstaat investiert unendlich viel mehr Ressourcen in die Krankheitsbekämpfung als in alle anderen Bereiche: Schule, Kultur, Gesundheitsvorsorge und so weiter. Zunächst sei dies einfach als Befund hier festgehalten. Aber wozu werden alle diese Gelder verwendet? Wir Menschen brauchen heutzutage Hilfe vom Staat, also dem Gemeinwesen, weil wir krank werden in zwei Bereichen: uns plagen Rücken- samt Herz/Kreislauf-Probleme einerseits und psychische Erkrankungen andererseits. Der Trend zu just diesen zwei Gebieten wird sich in den nächsten Jahren, auch global, noch verstärken gemäß den Prognosen der WHO.

Rücken/Herzprobleme und psychische Krankheiten sind also weltweit die Problembereiche, die am schnellsten wachsen und die heutzutage die größte Herausforderung an die Weltgemeinschaft, die WHO und damit die UNO stellen. Schon lange haben nicht-ansteckende Krankheiten die ansteckenden als die größten

Gesundheitsrisiken abgelöst (trotz Ebola und anderen Epidemien). Und was diese nicht-ansteckbaren Krankheiten anbelangt, so sind es eben Rücken/Herzkreislauf- und psychische sowie Krebserkrankungen, die uns in unserem Leben stoppen lassen; die auf ein Problem hinweisen und uns krank sein lassen. Dabei ist es für die Perspektive dieser Studie auffällig, dass es sich gerade um die Krankheiten handelt, bei denen eine klare Diagnose und vor allem ein Verständnis der Ursache medizinisch oft nicht möglich ist. Sie passen nicht richtig zur modernen Medizin und sind oft in ihrem genauen Framing als Krankheiten selbst umstritten. Anders gesagt: wir haben in den letzten Jahrzehnten brillante hochspezialisierte Behandlungen, Techniken sowie eine chemisch ausgerichtete Medizin entwickelt, sind aber irritierend hilflos, was die wichtigsten und verbreitetsten menschlichen Erkrankungen unserer Zeit anbelangt. Und die Hypothese hier ist: weil das, was hier „menschliche Energie" genannt wurde, nicht in den Blick unserer Gesellschaft oder unseres Gesundheitswesens gelangt; damit fehlt auch der Fokus auf die ganze Idee eines interaktiven intersubjektiven „attunements", also einer gelingenden Interaktion (nach Daniel Stern) sowie auf die sozialen Räume, die es ermöglichen und die bewirken, dass es einem gut geht – oder aber dass man sich zusammenzieht, versteckt, krank wird und den Kontakt zu sich, dem eigenen Empfinden und zur Umwelt samt einer bedeutsamen Zukunft verliert.

9 Ein Gesundheitswesen und eine Politik für die Zukunft

Die Institutionen des Gesundheitswesens, auch die politischen, haben ein enorm breites Feld, für das sie verantwortlich sind. Oft werden, neben der Vorbeugung von Epidemien durch Impfungen, drei Aktivitäten für zentral gehalten für die Gesundheit der Bevölkerung: erstens dass möglichst viele mit dem übermäßigen Trinken und dem Rauchen ganz aufhören (als Krebsprävention); zweitens dass alle möglichst sich gesund ernähren (gegen Herz/Kreislaufprobleme, Übergewicht und Rücken/Knieprobleme); und drittens dass alle sich mehr bewegen (gegen die oben genannten sowie zur Vorbeugung vor psychischen Erkrankungen).[13] Die genannten Bereiche können sowohl durch Veränderungen des Milieus als auch durch die Korrektur des Verhaltens der einzelnen Individuen beeinflusst werden.

Nur nimmt man dabei die eigentliche Ursache für all diese Krankheiten und Verhaltensweisen nicht oder kaum in den Blick. Man getraut sich nicht, die liberalistische Ideologie zu problematisieren, die die Freiheit des Individuums als Indifferenz, als isoliertes angeblich freies Wählen von Lebensoptionen definiert. Damit taucht der Mensch als im Grunde genommen zusammenspielendes Wesen, das von Kindsbeinen an Anerkennung und entsprechende soziale Räume braucht, gar nicht auf dem Radar der Verantwortlichen auf – und damit das Gelingen oder Misslingen dieser menschlichen Interaktionen und das Aufblühen menschlicher Energie als Grund von Erkrankung und Gesundheit auch nicht.[14]

Die Ursachen für die genannten heutigen Volkskrankheiten sitzen selten wie ein Virus in unserem Innern und gehören auch nicht nur der physikalisch abbildbaren Realität an. Wir brauchen also eine andere medizinische Anthropologie: Als Modell funktioniert nicht mehr der einzelne physiologisch definierte Mensch, der in sich eine Krankheit beherbergt. Viele Krankheiten, vor allem die psychischen, zeigen sich eher als internalisierte ungesunde aufgezwungene Interaktionsmuster, die dann den ganzen menschlichen Organismus beeinflussen. Und in diesem Sinn kann man unsere häufigsten Krankheiten auch als politische bezeichnen. Sie spiegeln eine „Polis", ein Gemeinwesen, das bestimmte intersubjektive Verhaltensmuster fördert und andere hemmt.[15]

Bestens vereinbar mit dieser hier präsentierten Perspektive ist der Fokus auf das Immunsystem, welches gerade auch von der Umwelt und der Energie abhängig ist, die uns stärken kann, eben als Menschen, nicht nur als

physische Apparaturen. Deswegen wäre es auch für die im engeren Sinn verstandene klassische Medizin so wichtig vermehrt darauf zu achten, dass wir uns in Milieus bewegen können, die geprägt sind von Vertrauen und Zukunftsperspektive, politische, aber auch physische und soziale Milieus, in denen wir uns nicht gegenseitig blockieren. Die WHO hat mit ihrer Ottawa-Deklaration von 1986 einen Weg eingeschlagen, auch einen politischen, der viele dieser Aspekte berücksichtigt. Es wäre vielleicht an der Zeit, an diese Vision anzuknüpfen. Das Gut-gehen aller ins Zentrum zu setzen, könnte man als sozial-politische Therapie bezeichnen statt als psychologische oder psychosomatische. Nur handelt es sich nicht um eine Therapie, sondern um das demokratische Leben, eben Zusammenleben selbst. Als dessen Voraussetzung braucht es eine Schule, die die Kinder nicht krank macht, sondern das hier skizzierte Wissen vermittelt und diese menschliche Energie fördert. Vor allem aber impliziert diese Sichtweise eine andere Sicht auf unser Wirtschaften und unseren Umgang miteinander und der Natur. Begibt man sich auf diese Reise, folgt man dieser Idee, würde man neue Zentren aufbauen, an denen die theoretischen, aber eben auch ganz praktischen Grundlagen solcher sozialer Räume und deren Anwendungen erforscht und vermittelt werden können. Solche Räume brauchen wir (als Kulturräume oder politische Räume, als Gesundheits- oder Bildungsräume), aber auch neue Berufsbilder, die die jetzigen Pflegeberufe komplettieren, Änderungen der Ausbildungen für Ärzt_innen und anders gebaute und organisierte Krankenhäuser, die dieses Wissen um die menschliche Energie integrieren. Aber dies geht nicht ohne weitergehende politische Änderungen, einen anderen Blick auf uns als körperliche und seelische, vor allem aber zusammenspielende Wesen.

Literaturverzeichnis

Alexander, F. M. (2001): *Use of the Self*. London, Orion books.

Antonovsky, A. (2005): *Hälsans mysterium*. Stockholm, Natur&Kultur.

Fogel, A. (2013): *Body Sense*. New York, Norton.

Fopp, D. (2011): *Menschliche Räume*. Berlin/Stockholm, Edition TP1.

Fopp, D. (2002/14): *„Merleau-Ponty's Gegend versus Heideggers Raum"*, in: Thomä, Dieter: *Heidegger-Handbuch*. Metzler, Stuttgart.

Fopp, David (2015): *Menschlichkeit – zur Ästhetik, Politik und Pädagogik einer Idee*. Dissertation, Karls-Universität Prag.

Foucault, M. (1968): *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt, Suhrkamp.

Jennings, S. (1997): *An Introduction to Dramatherapy*. London, Jessica Kingsley publishers.

Graeber, D. (2012): *Debt*. New York, Melville House pub.

Johannisson, K. (2013): *Medicinens öga*. Stockholm, Norstedts.

Johnstone, K. (2012): *Impro*. London, Routledge.

Löfquist, L. (2010): *Tillväxtens framtid*. Lund, Studentlitteratur.

Merleau-Ponty, M. (2002): *Phenomenology of Perception*. London, Routledge.

Porter, D. (1999): Health, *Civilization and the State*. London, Routledge.

Robinson, K. (2009): *The Element: How Finding Your Passion Changes Everything*. London, Penguin.

Rosa, H. (2013): *Beschleunigung und Entfremdung*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn (Nachdruck von: Suhrkamp, Berlin).

Rosenberg, C. E. (1989): *Disease in History: Frames and Framers*. The Milbank Quarterly, Vol. 67, Suppl. 1.

Schiffer, E. (2013): *Wie Gesundheit entsteht: Salutogenese*. Weinheim/Basel, Beltz.

Schramme, Th. (Ed.) (2012): *Krankheitstheorien*. Berlin, Suhrkamp.

Senf, B. (2003): *Die Wiederentdeckung des Lebendigen*. Aachen, Omega-Verlag.

Stern, D. (2000): *The Interpersonal World Of The Infant*. London, The perseus books.
Stern, D. (2005): *Ögonblickets psykologi*. Stockholm, Natur&Kultur.
Svenaeus, F (2013): *Homo patologicus*. Stockholm, Tankekraf.

1 Diese Definition war von Anfang an umstritten, nicht nur wegen des Anspruchs auf die Vollständigkeit des Wohlergehens, sondern auch, weil überhaupt Gesundheit als Wohlbefinden definiert und nicht nur auf körperliche Funktionsstörungen beschränkt wurde (Porter 1999). Außerdem ist ja das Konzept eines „sozialen Wohlbefindens“ nicht wirklich in unserem modernen Diskurs etabliert.
2 Das historisch variierende „Framing“/Konzeptualisieren betrifft nicht nur das Zusammenstellen von Symptomen zu neuen Krank heiten (etwa wie bei den Kulturkrankheiten wie der Hysterie vor hundert Jahren oder den Aufmerksamkeitsstörungen heute), son dern auch überhaupt die Auffassung von etwas als Krankheit oder als „Normalfall“ (Rosenberg 1989). Hier verändern philosophi sche und gesellschaftliche Grundannahmen direkt die jeweilige medizinische Praxis.
3 Dies ist dem jungen Michel Foucault (1968) negativ aufgefallen. Er hat dann aber die problematische Schlussfolgerung gezogen, dass die beiden Dimensionen des Psychischen und Physischen strikt von einander zu trennen sind. Der hier präsentierte Begriff der Energie soll auch diese Annahme hinterfragen.
4 Deswegen geraten auch das Phänomen und der Begriff der Heilung aus dem primären Gesichtsfeld des medizinischen Diskurses.
5 Dabei wird „Gut-gehen“ im Folgenden als ein „terminus technicus“ verstanden, der nicht nur auf das alltägliche Phänomen ab zielt, sondern eine eigene (später auch politisch gefasste) Dimension des Zur-Welt-seins fassen möchte. Rosa (2013) würde von einem „resonierenden“ Weltbezug sprechen.
6 Diese Doppelung ist relevant für alle normativen Kriterien einer kritischen Gesellschaftstheorie (Rosa 2013).
7 Karin Johannisson (2013, S. 72ff.) zeigt im Detail, wie diese Ideen bereits die französischen Revolutionäre, allen voran Condorcet, in ihrem politischen Denken und auch Handeln geprägt haben.
8 Obwohl diese ganze Dimension des Verkrampftseins so grundlegend ist (etwa bei Alan Fogel, Fredrick M. Alexander oder Daniel Stern) und keineswegs der klassischen Medizin widerspricht, wird ihr oft ein viel zu geringer Stellenwert zugeordnet. Zu ihrer Entdeckung und Behandlung braucht es eine Art von praktischer Kenntnis, die im akademischen Raum kaum vermittelt wird (dazu ausführlich Fopp 2015).
9 Schiffer nennt diese Räume im Anschluss an Winnicott intermediäre Räume und führt als Paradigma die Lächeldialoge der Kleinkinder an (Schiffer 2013, S. 22).
10 Seit Jahrhunderten suchen diese Traditionsstränge nach Arten, Energiebahnen zu stärken und das ausfindig zu machen, was diese als Gift, als elektrisches Feld oder als Spannung stört und blockiert. Aus diesem Blickwinkel betrachtet ist auch die oft verlachte Tradition der antiken Medizin (mit ihrer Temperamente- und Säftelehre) durchaus an einer fundamentalen Dimension interessiert, eben der energetischen, die uns Modernen fremd geworden ist.
11 Was dabei zustande kommt, ist nach einem philosophischen Modewort nicht nur eine „shared intentionality“, also eine geteilte Aufmerksamkeit, sondern so etwas wie eine wirkliche Begegnung.
12 Diese Studie ist an der Universität Stockholm (sowie an der Karls-Universität Prag) entstanden; deswegen beziehen sich die konkreten Zahlen auf Schweden. Zu erwähnen ist aber, dass sich Schweden in Bezug auf die Kostenverteilung und Grundproblematik nicht stark von den meisten anderen europäischen Ländern unterscheidet.
13 Dies geht für jeden Bürger oder jede Bürgerin aus den Webseiten fast jedes beliebigen nationalen Gesundheitswesens hervor.
14 Die Bedeutung dieser dialogischen Dimension der menschlichen Energie verpasst Svenaeus in seinem wichtigen Buch zu unserer diagnostizierenden Kultur (Svenaues 2013).
15 Damit möchte ich mich von der antipsychiatrischen Bewegung der 70-er Jahre abgrenzen (Johannisson 2013, S. 58ff.) mit ihrer These, die Menschen mit Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen seien nicht krank oder hätten keine Störungen. Aber mit dieser Bewegung soll hier das Bild in Frage gestellt werden, es sei der einzelne Mensch als isoliertes Individuum, das als „Ort“ der Krankheit anzusehen sei.

Zum Autor
David Fopp (geb. 1972 in der Schweiz): nach einem Studium der Philosophie, Theater- und Filmwissenschaft (M.A.) an der FU Berlin folgten zwei Forschungsjahre an der Ecole Normale Superieure in Paris und Lehrtätigkeiten an der FU Berlin sowie an der Universität Basel als Assistent am dortigen philosophischen Seminar. Parallel zur philosophischen Forschung, die im Sommer 2015 an der Karls-Universität Prag als Dissertation (zu Merleau-Pontys Gestalttheorie) abgeschlossen wurde, erfolgte eine zusätzliche Qualifikation als Theaterpädagoge/Regisseur (M.A. an der Stockholmer Universität) und die Gründung der Institution „TP1“, die sich der theaterpädagogischen Praxis und philosophischen Forschung widmet (www.tp1de.wordpress.com).
Kontakt: davidfo@gmx.com